



LAUDO DE AVALIAÇÃO DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA)

Serviço Médico/Unidade de Saúde: _____

Data: ___ / ___ / _____

IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE E DADOS COMPLEMENTARES

| | | |
|------------------------------------|----------------|-----|
| Nome: | | |
| Data de Nascimento: / / | CPF: | |
| Identidade nº | Órgão Emissor: | UF: |
| Mãe: | | |
| Pai: | | |
| Responsável (Representante legal): | | |
| Endereço: | | |
| Bairro: | | |
| Cidade | CEP: | UF: |
| Fone: | Email: | |

Atestamos, para a finalidade de concessão do benefício previsto no inciso IV do art. 1ª da lei nº 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, que o requerente retroqualificado possui a deficiência abaixo assinalada:

- Deficiência mental severa / grave – F.72 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo.
- Deficiência mental profunda – F.73 (CID-10) – observadas as instruções deste anexo

Descrição detalhada da deficiência:

| |
|--|
| _____ Assinatura Carimbo e registro do CRM |
| Nome: _____ |
| Endereço: _____ |
| |

| |
|--|
| _____ Assinatura Carimbo e registro do CRP |
| Nome: _____ |
| Endereço: _____ |
| |

| |
|----------------------------------|
| Unidade Emissora do Laudo |
| Identificação: _____ |
| CNPJ: _____ |
| Nome e CPF do responsável: _____ |
| |
| Assinatura do responsável |

INSTRUÇÕES DO ANEXO X

NORMAS E REQUISITOS PARA EMISSÃO DOS LAUDOS DE AVALIAÇÃO

DEFICIÊNCIA MENTAL (SEVERA OU PROFUNDA)

(Benefício previsto na Lei nº 8.989, 24 de fevereiro de 1995)

Deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- g) trabalho;

Orientações para preenchimento do Laudo – baseado na (CID-10)

Que atenda à definição acima, porém que contemple única e exclusivamente aos níveis severo/grave ou profundo da deficiência mental (retardo mental) (*).

Para tal deverá atender a todos os critérios a seguir para cada nível:

Deficiência Mental Severa (Retardo Mental Grave) (*)

- . déficit significativo na comunicação, que pode ser feita através de palavras simples
- . atraso acentuado no desenvolvimento psicomotor.
- . alteração acentuada no padrão de marcha (dispraxia).
- . autocuidados simples sempre desenvolvidos sob rigorosa supervisão.
- . déficit intelectual atendendo ao nível severo.

Deficiência Mental Profunda (Retardo Mental Profundo) (*)

- . grave atraso na fala e linguagem com comunicação eventual através de fala estereotipada e rudimentar.
- . retardo psicomotor gerando grave restrição de mobilidade (incapacidade motora para locomoção).
- . incapacidade de autocuidado e de atender suas necessidades básicas.
- . outros agravantes clínicos e associação com outras manifestações neuropsiquiátricas.
- . déficit intelectual atendendo ao nível profundo

Observações:

- 1) Na CID-10 o termo Deficiência Mental é referendado como Retardo Mental. Deficiência Mental Severa corresponde à Deficiência Mental Grave.
- 2) O laudo deve ser assinado por um médico e por um psicólogo.